

**Contribution à l'Etude
DE
L'ANESTHESIE EPIDURALE
SACRO-COCCYGIENNE
Dans la Pratique Obstétricale**

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Marseille.
Professeur Emile VAYSSIÈRE

T H E S E

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

LE 16 DÉCEMBRE 1941

PAR

HENRI DIEUDONNÉ

NÉE LE 7 SEPTEMBRE 1904

Examineurs de la Thèse	{	MM. VAYSSIÈRE	Président
		JAYLE	Assesseurs
		FIGARELLA	
		CHOSSON	



IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1941

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Contribution à l'Etude DE L'ANESTHESIE EPIDURALE SACRO-COCCYGIENNE Dans la Pratique Obstétricale

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Marseille.
Professeur Emile VAYSSIERE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

LE 16 DECEMBRE 1941

PAR

HENRI DIEUDONNÉ

NÉE LE 7 SEPTEMBRE 1904

Examineurs de la Thèse	{	MM. VAYSSIERE	Président
		JAYLE	Assesseurs
		FIGARELLA	
		CHOSSON	

IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1941

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET-COTTE

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :



Anatomie	CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique Ophthalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLE
Médecine Légale	MOISINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANZARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

La publication de ce travail me permet de matérialiser la gratitude que j'ai pour ceux qui, tant à Paris qu'à Marseille, m'ont facilité l'étude de la médecine, et dont, hélas ! beaucoup ne sont plus.

Je tiens à les remercier de la bienveillance qu'ils m'ont toujours prodiguée et à leur en témoigner ici ma reconnaissance.

A mon Père, le Docteur Georges DIEUDONNE
qui fut mon premier maître.
(*In memoriam.*)

A mon Oncle
le Docteur Edouard DUJARDIN-BEAUMETZ
Chef de Service à l'Institut Pasteur

A Monsieur le Docteur BRAINE
Chirurgien des Hôpitaux
ancien Prosecteur à l'Amphithéâtre Clamart

A Monsieur le Docteur BRUHL
Médecin des Hôpitaux
(*In memoriam.*)

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
Accoucheur des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur GARRELON

Chef des Travaux de Physiologie

dont j'ai été le moniteur.

(*In memoriam.*)

A mon Ami et affectionné Camarade

de l'Armée des Alpes

le Professeur Agrégé Jean CHOSSON

Membre de mon Jury

qui m'a inspiré ce travail et guidé dans
son élaboration.

A Monsieur le Professeur FIGARELLA

qui fait partie de mon Jury, et auprès
de qui j'ai toujours trouvé le meilleur
accueil.

A Monsieur le Professeur Gaëtan-E. JAYLE

Professeur de Clinique Ophthalmologique

qui, ami de ma famille, a aimablement
accédé à mon désir de le compter dans
mon Jury.

Enfin à Monsieur le Professeur Emile VAYSSIÈRE

Professeur de Clinique Obstétricale

dont la courtoise bienveillance nous a
ouvert toutes grandes les portes de son
Service Hospitalier de la Conception et
qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette étude.

A mes Maîtres,

A mes Amis,

A mes Camarades.

INTRODUCTION

Apaiser les souffrances, aider la nature, tel est le double problème que, de tous temps, s'est efforcée de réaliser la pratique de l'Art Médical.

En obstétrique, l'aide à la nature, qui est le fait du praticien dans les accouchements en général, et dans les accouchements difficiles en particulier, s'est doublée d'un apaisement des souffrances dans les cas anormaux, soit par l'anesthésie générale, soit simplement par quelques bouffées « à la reine ».

Il est cependant des circonstances où l'emploi de certains anesthésiques se révèle impossible ou dangereux. C'est alors que la connaissance de méthodes anesthésiques plus nombreuses permet d'apporter au plus grand nombre de cas possible l'anesthésie qui convient le mieux à chacun.

L'anesthésie épidurale sacro-coccygienne n'a peut-être pas rencontré la faveur qu'elle aurait méritée, car, à côté des avantages qu'elle peut présenter, elle offre aussi des inconvénients ; nous nous efforcerons d'indiquer les uns comme les autres.

Cette anesthésie, de type radiculaire, procédé simple et peu dangereux, qui s'apparente à l'anesthésie loco-

régionale, ayant certains avantages sur la rachianesthésie, sans en offrir les dangers, a, depuis sa naissance, subi des éclipses. Elle a repris consistance après que la chimie eût mis au point des anesthésiques de synthèse et elle semble, à l'heure actuelle, une excellente méthode qui a été successivement employée en Urologie, puis en Neurologie et enfin en Obstétrique.

C'est de cette dernière application que nous nous occuperons exclusivement.

Nous avons utilisé, pour ce travail, le plan suivant :

- Historique sommaire de l'anesthésie épidurale en général et, en particulier, au point de vue obstétrical.
- Son principe.
- La technique employée.
- Observations.
- Les résultats obtenus.
- Ses indications.
- Conclusions.

HISTORIQUE SOMMAIRE

L'anesthésie épidurale fut conçue, semble-t-il, en 1885, par un Américain de New-York, Léonard CURNING, et appliquée en France, en 1901, par CATHELIN à qui revient le mérite d'en avoir codifié la technique. Il n'obtint d'ailleurs jamais, à ce moment, qu'une hypoesthésie générale, la rapidité d'absorption de la cocaïne et sa toxicité ne permettant pas de l'employer à des doses suffisantes.

SICARD, à cette époque, se servit du procédé en thérapeutique neurologique.

Ce n'est qu'en 1909, après la découverte par les chimistes des anesthésiques de synthèse, sept fois moins toxiques que la cocaïne, que l'anesthésie épidurale fit son entrée dans le monde gynécologique et obstétrical.

Un Allemand, STÖCKEL, met au point la « sakral anaesthesia » avec 0,15 centigrammes de Novocaïne, additionnée de 0,000325 millièmes de milligramme de Suprarénine, destinée à retarder l'effet de l'anesthésique.

LAWEN, en 1910, ajoute à ce complexe du bicarbonate de soude.

En France, à cette époque, Michel de KERVILY publie deux observations d'anesthésie épidurale pour des accouchements.

Les travaux d'HANNENCART, de Bruxelles, de BERNARD-BEIG, de GROBERT, de DALÉAS et GALÈ-GASPARROU, de MOLINENGO, de PÉRETTI DELLA ROCCA, de HENRY et JAUR, de GARCIA CANIZARES, de BERNASCONI et CIAUDO, de DELALANDE, de CHAUVEAU, de NIZZA, d'A. REY viennent montrer ce que l'on peut attendre de l'épidurale.

Nous nous proposons, à notre tour, d'enrichir le faisceau formé jusqu'à présent, par l'étude de dix-neuf observations inédites recueillies dans le service de M. le Professeur E. VAYSSIÈRE, à la clinique obstétricale de l'Hôpital de la Conception.

PRINCIPE

Le principe de l'anesthésie épidurale sacro-coccygienne consiste à couper physiologiquement, sans pénétrer dans les espaces sous-duremériens, les nerfs qui, issus du cône dural, vont innerver les parties molles nous intéressant en obstétrique : périnée, vulve, vagin, fosses ischio-rectales.

Dans l'application, on obtient aussi l'analgésie de l'anus, du rectum et de l'urèthre.

Le corps utérin paraît échapper à l'anesthésie.

Quant à celle du col, elle ne semble pas constante.

Technique

Il est nécessaire, pour pratiquer l'anesthésie épidurale, de repérer l'hiatus sacro-coccygien ; celui-ci se trouve compris entre les dernières lames sacrées et le coccyx, formant un triangle à base inférieure, dont le sommet est représenté par l'apophyse épineuse de la

quatrième vertèbre sacrée, et les deux autres angles par l'extrémité des cornes sacrées.

Ce triangle est obturé par la membrane de Cathelin.

Quelle position doit-on faire adopter à la femme ? La position gènupectorale est rendue très gênante chez la femme enceinte. La position obstétricale, au premier abord, semble séduisante puisqu'elle permettrait à la parturiente de ne pas changer de position, mais, à y bien réfléchir, elle est à abandonner, car on se heurte à des difficultés matérielles pour pratiquer l'injection.

À ces diverses positions, il faudra préférer, la patiente étant en chien de fusil, le décubitus latéral gauche. (Tout au moins pour les opérateurs qui se servent couramment de la main droite. Pour les gauchers : décubitus latéral droit.)

On cherche les repaires qui permettront de tomber dans la dépression élastique triangulaire et dans la partie haute du triangle que forme l'hiatus sacro-coccygien, on fait pénétrer obliquement, en faisant avec la peau un angle d'environ 20°, une simple aiguille à injection intramusculaire profonde de 7 ou 8 centimètres.

Après avoir perforé la membrane de Cathelin, on incline d'environ 30° de plus l'aiguille vers le pli interfessier et on la fait pénétrer, sans rencontrer d'obstacle, de 5 centimètres en tout, c'est-à-dire en conservant au dehors des téguments une garde d'à peu près deux ou trois centimètres.

Si l'introduction de l'aiguille est difficile, si elle bute, c'est qu'elle se trouve en dehors du canal ; ou bien elle est réellement à son intérieur, mais trop inclinée ou pas assez. Dans le premier cas, s'abstenir de toute injection et recommencer. Dans le second, essayer de pénétrer sans forcer, mais en modifiant l'inclinaison.

L'aiguille correctement en place, comme il a été dit

plus haut, rien, ni sang, ni liquide céphalo-rachidien, ne doit s'écouler par sa lumière, sinon il est capital de renoncer à injecter le liquide anesthésiant sous peine des plus graves ennuis.

Si rien ne fait issue, on injecte, et ceci assez rapidement, car il semble qu'une injection un peu rapide amène une anesthésie de meilleure qualité, on injecte donc le contenu de deux ampoules distinctes préalablement mélangé dans une capsule :

Ampoule n° 1

Bicarbonate de soude	0,15 centigrammes
Chlorure de sodium	0,10 centigrammes
Eau distillée	q. s. p. 20 centicubes

Ampoule n° 2

Scurocaïne	0,60 centigrammes
Rénaleptine	0,00035 centièmes de mmgr.
Eau distillée	q. s. p. 10 centicubes.

L'injection du liquide anesthésiant doit pénétrer sans difficulté.

Echecs

Ils sont de deux ordres, explicables ou inexplicables.

Explicables: ce seront des échecs par suite de l'épaisseur trop considérable de la couche adipeuse sous-cutanée; échecs par suite de malformation de la partie inférieure du sacrum ou de la partie supérieure du coccyx; échecs par faute de technique, ce à quoi il sera facile de remédier, ou bien encore échec relatif, si l'aiguille étant en place, on voit sourdre du sang ou du liquide céphalo-rachidien, soit qu'elle est enfoncée trop loin, soit que le cône dural se termine plus bas que de coutume.

Inexplicables: l'injection épidurale ayant été norma-

lement poussée dans le canal sacro-coccygien, l'anesthésie ne s'établit pas.

Incidents

Le plus important de tous, c'est l'issue de sang ou de liquide céphalo-rachidien par la lumière de l'aiguille.

On peut aussi avoir affaire avec une parturiente particulièrement pusillanime.

Il ne sera parlé que pour mémoire de l'aiguille qui, maniée rudement, se brise contre le plan osseux.

Accidents

Nous n'avons pu constater par nous-mêmes, ni accidents immédiats, ni accidents à distance. Il est vrai que notre expérience ne porte que sur un nombre assez restreint de cas.

Contre-indications

Une seule : si le temps presse, on n'aura pas la possibilité de pratiquer l'anesthésie épidurale, celle-ci demandant un certain laps de temps pour devenir effective.

En effet, par exemple en cas de souffrance fœtale où il faut intervenir de toute urgence, il sera impossible d'arriver en moins de vingt à trente minutes à obtenir une anesthésie suffisante pour les manœuvres à exécuter.

OBSERVATIONS

Parmi les dix-neuf observations inédites d'anesthésie épidurale qui suivent :

4 ont été pratiquées pour tuberculose pulmonaire.
(Obs. n° 12, 13, 15 et 17.)

5 l'ont été pour cardiopathie.
(Obs. n° 4, 6, 8, 16 et 18.)

3 pour siège.
(Obs. n° 1, 2 et 10.)

5 pour application de forceps par suite d'arrêt de la progression sans souffrance fœtale.
(Obs. n° 3, 5, 9, 11 et 19.)

2 pour application de forceps par suite de légère viciation pelvienne.
(Obs. n° 7 et 14.)

Toutes ces observations ont été effectuées dans le service de M. le Professeur E. VAYSSIÈRE, à la clinique obstétricale de l'Hôpital de la Conception.

OBSERVATION n° 1

P..., 26 ans. — 1 geste.

Siège complet chez une primipare à tissus résistants.

26 mars 1939.

Palper. Hauteur de l'utérus : 30 cm.
Utérus très tonique, rendant le palper difficile. Malgré cela, on perçoit un dos à gauche.
Bruits du cœur normaux.

10 h. Toucher. Vulve normale, mais vaginisme marqué.
Le col, qui est souple, présente une dilatation de 8 cm. La présentation se trouve à la partie haute de l'excavation. On sent, à gauche et en avant, le sacrum, et, à droite, les petits pieds bien pelotonnés. C'est un siège complet en S. I. G. A.
La poche des eaux est plate. Elle apparaît au moment des contractions.

11 h. 50 Cette femme, ayant un périnée et des parties molles peu souples, on décide d'intervenir et on pratique une
Anesthésie épidurale en vue d'aider à leur distention.

12 h. Toucher. La dilatation est complète ; on pratique la rupture artificielle de la poche des eaux ; issue de liquide clair et peu abondant.

13 h. Post-hypophyse : injection de 2 unités pour activer les contractions qui se sont un peu espacées. La malade est priée de pousser, et, peu après le pied droit arrive à franchir l'anneau vulvaire, puis, le siège accompagné du pied gauche, sort à son tour. Le dégagement a lieu jusqu'à l'ombilic où l'anse du cordon se fait spontanément.
Une aide légère est apportée pour le dégagement des épaules. Manœuvre de Mauriceau facile pour l'extraction de la tête dernière.

13 h. 15 Extraction d'un enfant du sexe féminin vivant et pesant 2.920 grammes.

14 h. 20 Extraction simple du délivre qui vient par sa face fœtale. Complet, il pèse 500 grammes.

Suites de couches normales.

En résumé, bonne anesthésie ayant permis une évolution favorable du siège, mais ayant entraîné une diminution de l'intensité et du rythme des contractions utérines.

OBSERVATION n° 2

T..., 21 ans — II geste.

Siège décomplété mode des fesses, chez une secondipare.

14 avril 1939.

21 h. 30 Palper. Hauteur de l'utérus: 34 cm. S. I. G. A. engagé. C'est un siège décomplété, mode des fesses.

Bruits du cœur nets.

22 h. 30 Toucher. Vulve et vagin normaux. Segment inférieur non constitué. Col médian et effacé. Les membranes sont rompues. La présentation est à deux travers de doigt du périnée.

Bassin: Les parties latérales sont accessibles alors que le promontoire ne l'est pas.

L'arc antérieur est à petite courbure.

15 avril 1939.

11 h. 30 Toucher. Col souple. La dilatation est de 8 cm.

12 h. Toucher. Dilatation presque complète; il ne reste plus qu'un demi-centimètre de col souple.

12 h. 30 *Anesthésie épidurale*. Les contractions s'espacent, puis disparaissent presque complètement.

16 h. 30 Post-hypophyse: injection I. M. de une unité, c'est-à-dire de une demi-ampoule n° 1. Les contractions réapparaissent.

17 h. 30 Expulsion d'un enfant du sexe masculin vivant et criant, du poids de 3.730 grammes.

Manœuvre de Mauriceau facile pour l'extraction de la tête dernière.

18 h. 45 Extraction simple du délivre qui vient par sa face fœtale. Il est complet et pèse 710 grammes. Petite déchirure superficielle du périnée, nécessitant un point au crin de Florence.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie ayant bien assoupli le périnée et la vulve mais qui a provoqué un arrêt presque complet des contractions utérines : 1 unité de Post-Hypophyse suffit à les réveiller. Petite déchirure superficielle du périnée.

OBSERVATION n° 3

B..., 28 ans — 1 geste.

Sommet. Forceps.

30 novembre 1939.

- 22 h. Palper. Hauteur de l'utérus 28 cm.
Présentation en O. I. G. A. fixée; le moignon de l'épaule est à 9 cm. de la symphyse.
Les bruits du cœur sont normaux.
Température: 36°8.
Pouls: 96.
T. A.: 14 1/2-11 1/2.
- 23 h. 45 Toucher. Vulve et vagin normaux. Le segment inférieur constitué est mince et coiffant bien la présentation. Le col est effacé.
La poche des eaux est plate.
La présentation, orientée en O. I. G. A., est fléchie, à deux travers de doigt du périnée.
- 1^{er} décembre. Toute la nuit la femme a eu des contractions régulières et énergiques.
- 6 h. Toucher. Le col, qui est œdédié, surtout au niveau de la lèvre antérieure et à droite, présente une dilatation de 4 cm.
La présentation, mal fléchie, se trouve à un travers et demi de doigt du périnée.
La poche des eaux s'est probablement rompue.
Les bruits du cœur sont normaux.
- 7 h. Spasmalgine. Injection hypodermique.
- 12 h. 30 Toucher. La dilatation du col est de 6 cm.
La présentation, toujours mal fléchie, est retenue au-dessus des épines sciatiques saillantes et le coccyx est projeté en avant.
- 12 h. 45 Spasmalgine : 2^e injection.

- 14 h. 15 Température: 37°8 — Pouls: 120.
T. A. 15-11.
Les bruits du cœur sont normaux.
- 17 h. 30 Toucher. La dilatation du col est de 10 cm., le rebord de celui-ci, mince, est plaqué sur la tête.
La présentation est un peu mieux fléchie, mais elle n'a pas progressé dans le bassin.
La température est de 37°1.
Les bruits du cœur sont normaux.
- 19 h. 30 T. A. 14-10.
- 19 h. 45 Toucher. La dilatation est complète mais la tête est toujours dans la même situation. Par contre les contractions sont devenues irrégulières et peu efficaces.
- Anesthésie épidurale.* Réalisée en 25 minutes, elle est parfaite.
- 20 h. 40 Extraction au forceps Tarnier, d'un garçon, pesant 3.160 grammes. Bien que la femme saigne entre l'accouchement et la délivrance, perdant ainsi 600 grammes de caillots, son état général reste bon, ainsi que le pouls et la T. A.
- 21 h. 15 Délivrance naturelle. Délivre complet, pesant 610 grammes, dont les membranes sont infiltrées de meconium.

Suites de couches normales.

Anesthésie épidurale parfaite, mais légère hémorragie après l'extraction de l'enfant. Rétraction utérine à peu près normale. Mais, dès avant l'épidurale les contractions étaient irrégulières et peu efficaces.

OBSERVATIONS n° 4

M..., 34 ans — 1 geste.

Sommet. Forceps. Cardiopathie (?). Troubles fonctionnels sans lésions orificielles.

22 janvier 1940.

6 h. Palper. Hauteur de l'utérus 28 cm. La présentation est en O. I. G. A., légèrement mobilisable,

mais prenant contact avec le détroit supérieur. Le moignon de l'épaule est à 9 cm. de la symphyse. Les bruits du cœur sont normaux.

La température est de 37°4. Le pouls à 108. La T. A. est de 15-10 1/2.

13 h. Toucher. Le segment inférieur est incomplètement constitué et la tête appuie mal sur le col légèrement œdématié, qui présente une dilatation de 2 cm. On constate un début de bosse séro-sanguine et le chevauchement des pariétaux.

La présentation, haute et mal fléchie, est en O. I. G. T.

Le bassin est du type plat.

Le promontoire est saillant à 10 cm.

18 h. Toucher. La dilatation est de 3 cm. Même situation de la tête, mais on constate de l'œdème du col et du segment inférieur.

Les bruits du cœur sont bons.

19 h. Spasmalgine, injection hypodermique.

19 h. 45 Spasmalgine : 2^e injection.

22 h. 30 Spasmalgine : 3^e injection.

23 h. Toucher. La tête est en O. I. G. P. et presque engagée. Le col a une dilatation de 8 cm.

Toute la nuit du 22 au 23 janvier, les contractions seront régulières. La température oscille entre 37°6 et 38. Le pouls est à 130 et les bruits du cœur sont normaux.

23 janvier.

9 h. Toucher. La dilatation du col est complète. La présentation, moyennement fléchie, se trouve à un travers 1/2 de doigt du périnée, orientée entre O. I. G. T. et O. I. G. A. On note un chevauchement marqué des os du crâne.

10 h. 30 La malade, étant fatiguée, on décide d'intervenir.

Anesthésie épidurale.

11 h. Application de forceps Tarnier sur un sommet en O. I. G. T., à la partie moyenne de l'exca-

vation. Extraction d'un enfant du sexe masculin vivant, pesant 2.500 grammes.

12 h. Délivrance naturelle du placenta complet, du poids de 410 grammes.

Pouls à 140 — T. A. 12 1/2-8.

Solucamphre : injection de 1 ampoule.

15 h. Solucamphre : injection d'une deuxième ampoule.

Caféine : une ampoule.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie et net assouplissement des parties molles.

Pas d'action sur les contractions utérines.

OBSERVATION n° 5

S..., 39 ans. 1 geste.

Sommet. Application de forceps.

24 janvier 1940.

1 h. Palper. Hauteur de l'utérus : 35 cm.

Présentation en O. I. G. A. fixée.

3 h. 30 Toucher. La vulve et le vagin sont normaux. Le segment inférieur est constitué. Le col effacé, présente une dilatation de 4 cm.

La suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche, la tête est bien fléchie en O. I. G. A. fixée et se trouve à 2 travers 1/2 de doigt du périnée.

Les membranes se sont rompues, donnant issue à un liquide clair.

Les bruits du cœur sont normaux.

8 h. Toucher. Le col est complètement dilaté.

La tête est fixée en O.I.G.A., mais appuyant mal sur le col.

11 h. 30 *Anesthésie épidurale.*

12 h. Application de forceps en O. I. G. A. sans lésion du périnée.

Extraction facile d'un enfant du sex féminin, criant, du poids de 3.850 grammes.

13 h. Délivrance naturelle du placenta complet pesant 560 grammes.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie, ayant très bien assoupli le périnée. Pas d'action sur les contractions utérines.

OBSERVATION n° 6

S..., 35 ans — III geste.

Sommet. Application de forceps. Cardiopathie sans lésions orificielles.

24 février 1940.

22 h. Palper. La hauteur de l'utérus est de 34 cm.
La présentation est en O. I. G. T. et les bruits du cœur sont normaux.

Toucher. Le segment inférieur est incomplètement constitué. Le col, postérieur, qui est en voie d'effacement, est perméable au doigt. Les membranes sont intactes. Le sommet en O. I. G. T., est fixé au-dessus du D. S.
Le sacrum est accessible à bout de doigt.

23 h. Ingestion de X gouttes de digitaline.
Pouls : 88. — T. A. : 12/8.

25 février 1940.

3 h. 30 Toucher. La dilatation du col est de 5 cm. La poche des eaux s'est rompue. La présentation appuie mal sur le col ; elle est moyennement fléchie et on sent les deux fontanelles dans le diamètre transverse avec un peu d'asynclitisme antérieur.
Les bruits du cœur sont normaux.

7 h. Toucher. La dilatation étant complète, à cause des lésions myocardiques, on décide d'extraire le fœtus.

Anesthésie épidurale.

7 h. 10 Très bons résultats de l'anesthésie. La présentation, à ce moment, est à la partie haute de l'excavation, en O. I. G. T. à tendance gauche postérieure, mal fléchie.

Application de forceps Tarnier par prise fronto-mastoïdienne. Descente et rotation. Mais rota-

tion incomplète, la tête s'étant déplacée au moment de l'application des branches du forceps et, par erreur, la deuxième prise et l'extraction se feront en O. S.

L'enfant, vivant, pèse 3.700 grammes.

T. A., après l'accouchement 8/5.

Pouls: 120.

7 h. 30

L'utérus est mou, la femme saigne.

Post-hypophyse. Injection de 2 unités qui fait s'arrêter l'hémorragie.

8 h. 15 Délivrance naturelle complète. Délivre, pesant 740 grammes.

La perte de sang fut d'environ 1.000 gram.

Gynergène, Injection de une ampoule.

T. A. après la délivrance 9/5. Pouls: 96.

Suites de couches normales.

Très bonne anesthésie chez une cardiaque, mais hémorragie après l'extraction du fœtus, arrêtée par 2 unités de Post-Hypophyse. L'utérus étant évacué, on aide à sa rétraction avec une ampoule de tartrate d'ergotamine.

OBSERVATION n° 7

D..., 18 ans. — 1 geste.

Sommet en O. I. D. P. Dilatation artificielle bimanuelle. Application de forceps.

16 avril 1940.

18 h. 15 Palper. Hauteur utérine: 32 cm. O. I. D. P. amorcée. La bosse pariétale antérieure déborde sur la symphyse. Bruits du cœur normaux.

Toucher. Segment inférieur non constitué. Le col, effacé, a tendance à s'œdématiser; sa dilatation est de 2 cm.

La poche des eaux est intacte.

Le sommet bien fléchi, orienté entre le diamètre transversal et le diamètre oblique, gauche, est en asynclitisme antérieur.

Le bassin est du type généralement rétréci.

Le sacrum est accessible sur toute sa hau-

teur et le promontoire est atteint à bout de doigt.

17 avril.

- 5 h. Toucher. Semblable au précédent. La tête n'appuie pas sur le col. La poche des eaux est toujours intacte. Les doigts ramènent du sang.
- 6 h. 15 Temp.: 37°2 — Pouls : 80 — T. A.: 15/8.
- 7 h. 15 Spasmalgine : injection hypodermique.
- 9 h. 10 Spasmalgine : 2° injection.
- 11 h. 30 Toucher. La poche des eaux, très tendue, se rompt au cours de la manœuvre et donne issue à du liquide clair.
Le col, œdédié, est souple et présente une dilatation de 4 cms.
La présentation appuie bien sur le col. La tête, très bien fléche, est en O.I.D.P., à un travers 1/2 de doigt du périnée.
Les bruits du cœur sont normaux.
Spasmalgine : 3° injection.
- 12 h. 30 Spasmalgine : 4° injection.
Bruits du cœur normaux.
- 13 h. 30 Spasmalgine : 5° injection.
- 16 h. 45 Temp.: 38°2 — Pouls : 92 — T. A. 15/9.
- 18 h. 45 Temp.: 38° — Pouls : 140.
Toucher. Col œdédié, plus dur qu'à l'examen précédent, présentant une dilatation de 7 cms.
La présentation est coïncée sur le périnée.
Les bruits du cœur sont normaux.
- 19 h. *Anesthésie épidurale.*
- 19 h. 20 Dilatation bi-manuelle. A la première manœuvre, le col se déchire brusquement.
Application de forceps Tarnier sur un sommet en O. I. D. P.
Périnée prise sur le diamètre oblique gauche; la deuxième, en position directe.
Extraction d'un enfant du sexe masculin, vivant, et pesant 2.900 grs.
- 20 h. Délivrance naturelle complète. Poids du placenta : 680 grs.

Suites de couches normales.

L'anesthésie épidurale a donné de bons résultats. Elle a rendu le périnée plus souple et, celui-ci, qui aurait certainement éclaté pendant l'extraction au forceps, s'est, grâce à elle, bien laissé distendre. La dilatation du col a été possible, et la petite déchirure, indépendante du mode d'anesthésie.

OBSERVATION n° 8

C..., 30 ans — I geste.

Sommet. Rétrécissement mitral. Application de forceps.

Est entrée dans le service de la clinique obstétricale pour y être mise en observation en prévision de son accouchement. A son entrée, le 19 mai 1940, la quantité d'urines émises par 24 h. était de 700 grs. Le régime lacto-végétarien lui a été ordonné ainsi qu'une cure de digitaline suivie d'actibaïne. Sous l'influence du traitement, la diurèse a été plus abondante et l'état général s'est amélioré.

9 juin 1940.

19 h. 45 Palper. Hauteur de l'utérus : 28 cms.
La présentation, engagée, est en O.I.G.A.
Les bruits du cœur sont normaux.

Toucher. La vulve et le vagin sont normaux. Le segment inférieur est constitué et la dilatation du col atteint 4 cms.

La poche des eaux est intacte.

C'est une présentation du sommet en O. I. G. A. bien fléchie, qui se trouve à deux travers de doigt du périnée.

23 h. 40 Toucher. La dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes. Issue de liquide amniotique, teinté de méconium. La tête vient sur le périnée en gauche antérieure.
Les bruits du cœur sont normaux.

3 juin.

0 h. Anesthésie épidurale.

0 h. 1^{re} Application de forceps Tarnier sur un sommet en O. I. G. A., à la partie basse de l'excavation

On ne fait qu'une seule prise et on procède.
Extraction d'un enfant bien constitué, de sexe masculin, pesant 2.740 grs.

L'utérus est mou; la femme saigne.

Post-hypophyse : injection de 2 unités, sans résultat.

à h. 15 Délivrance artificielle complète d'un phtenta de 640 grs.

Post-hypophyse : 2^e injection de 10 unités qui fait se rétracter l'utérus.

Solucamphre : injection d'une ampoule.

Sérum physiologique intra-musculaire : 500 cc.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie chez une mitrale. Mais inertie ayant née, citée une délivrance artificielle. Il est à remarquer que cette femme est une cardiaque, c'est à ce fait et non à l'anesthésie qu'il faut imputer cette inertie.

OBSERVATION n° 9

G..., 34 ans — IV geste.

Sommet. Application de forceps.

29 juin 1940.

6 h. Palper. Hauteur utérine : 34 cm. O.I.G.T. mobile.
Epaule à 11 cm. de la symphyse. Bruits du cœur nets.

6 h. 15 Toucher. Vulve et vagin normaux. Segment inférieur inférieur non constitué.
Col médian. Membranes paraissant rompues.
Présentation haute et mobile.
Sacrum accessible dans la partie haute.

8 h. Toucher. Dilatation presque complète.
Tête en O.I.G.A. à deux travers de doigt du périnée.

10 h. Toucher. Dilatation complète. Même situation de la présentation.

11 h. 30 Toucher. La tête ne progresse pas, malgré de violentes contractions.

Anesthésie épidurale, qui est insuffisante ; on complète par une légère anesthésie générale à l'éther.

Application de forceps.

Extraction d'un garçon criant, pesant 4.000 grs.

12 h. 30 Extraction simple du délivre par sa face fœtale, pesant 620 grs.

Membranes et cotylédons complets.

Suites de couches normales.

Echec partiel de l'épidurale.

OBSERVATION n° 10

C..., 25 ans. — 1 geste.

Siège décomplété chez une primipare. Accouchement spontané.

2 septembre 1940.

5 h. Palper. Hauteur de l'utérus : 31 cm.
Présentation en S.I.G.T. mobile.
Bruits du cœur normaux.

Toucher. La valve et le vagin, normaux.
Le segment inférieur n'est pas constitué.
Le col est presque effacé.
Présentation du siège, haute.

9 h. 30 La femme souffre violemment.
Les bruits du cœur sont normaux.

10 h. 30 Toucher. La dilatation est presque complète. La poche des eaux, intacte, agit bien au moment des contractions.

On est en présence d'un siège en S. I. G. T. partiellement décomplété ; on ne sent que le pied postérieur.

Le siège est fixé au détroit supérieur.

Le bassin, aisément explorable, est à type légèrement et généralement rétréci. Le sacrum, plat, est accessible à bout de doigt sur toute sa hauteur.

Les bruits du cœur sont normaux.

- 11 h. 30 Toucher. La dilatation, étant complète, on procède à la rupture artificielle des membranes.
Le siège achève son engagement en S. I. G. A. et progresse dans l'excavation jusqu'à un travers de doigt du périnée.
- 12 h. 30 Le siège progresse lentement à la vulve et le périnée offre de la résistance.
- Anesthésie épidurale.* Les contractions vont s'espacer pendant la demi-heure qui va suivre et reprendre ensuite spontanément.
- 13 h. Le siège progresse, mais on remarque sur la petite lèvre gauche la formation d'une tuméfaction qui saigne et qui paraît être un thrombus.
- 13 h. 30 Accouchement spontané. On pratique, sur la tête dernière, avec facilité, la manœuvre de Mauriceau.
L'enfant vivant, du sexe masculin, pèse 3.350 gr.
- 14 h. 30 Délivrance naturelle complète : le placenta pèse 660 gr.
Entre l'accouchement et la délivrance, le thrombus n'a été la cause d'aucun ennui. De la grosseur d'une amande, il siège sur la face interne de la petite lèvre gauche qui a éclaté, mais il ne saigne pas.
- 16 h. 30 Etat stationnaire après la délivrance.
L'hémorragie reprend à l'intérieur du thrombus et également à l'extérieur. La petite lèvre gauche et la grande lèvre du même côté sont tuméfiées, et cette tuméfaction atteint la grosseur d'une mandarine.
L'état général de la femme est bon ; son pouls bat à 120.
- 19 h. L'état local reste stationnaire ; on fait un pansement au sérum antigangréneux.
L'état général est bon.

Suites de couches normales.

L'anesthésie épidurale, bonne, a fait d'un périnée résistant

un périnée souple, mais a totalement arrêté les contractions pendant une demi-heure. Celles-ci se sont ensuite rétablies mais sur un rythme moins satisfaisant qu'avant l'intervention.

OBSERVATION n° 11

L..., 38 ans. — 1 geste.

Sommet. Application de forceps pour inertie.

16 septembre 1940.

- 1 h. Palper. Hauteur de l'utérus, 30 cm.
La présentation est en O.I.G.A. fixée.
Le moignon de l'épaule est à 8 cm. de la Symphyse.
Les bruits du cœur sont normaux.
Toucher. Le segment inférieur n'est pas constitué. Le col, effacé, est perméable au doigt, les membranes paraissent rompues.
On constate une présentation du sommet en O. I. G. A. bien fléchie, à deux travers de doigt du périnée.
Température : 36°6.
T. A. 15/8 1/2.
- 10 h. Toucher. La dilatation est complète, la présentation en O.I.G.A. est à un travers de doigt du périnée.
Les bruits du cœur sont normaux.
La femme a très peu de contractions et elle pousse très mal.
- 11 h. 30 Toucher. La tête a très peu progressé.
Les contractions cessent.
On décide d'intervenir.
- 11 h. 45 *Anesthésie épidurale.*
- 12 h. 10 Application de forceps Tarnier sur un sommet en en O.I.G.A. au détroit inférieur.
Extraction d'un enfant du sexe féminin, vivant, du poids de 2.860 gr.
- 12 h. 45 La femme a des contractions espacées mais violentes et souffre des reins.
T. A. 12/6.

Extraction du placenta qui est à la vulve; il est complet et pèse 510 gr.

Un caillot rétroplacentaire qui le suit, pèse 1.020 gr.

Posthypophyse : injection de 10 unités.

Gynergène : une ampoule.

Sérum physiologique intra-musculaire : 500 cc.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie du périnée qui s'en trouve bien assoupli. Notons que l'inertie utérine indique l'application de forceps, précédée de l'épidurale, et qu'après l'extraction fœtale il y a eu un réveil spontané des contractions, et délivrance rapide.

OBSERVATION n° 12

F..., 31 ans. — 1 geste.

Sommet en O. I. D. A. Tuberculose pulmonaire. Application de forceps.

14 décembre 1940.

10 h. 30 Palper. Hauteur de l'utérus, 32 cm. Le moignon de l'épaule est à 6 cm. de la Symphyse. La présentation est en O.I.D.P., fixée.

Les bruits du cœur sont normaux.

Température : 37°2.

Pouls : 80.

T. A. 11/7.

Toucher. La vulve et le vagin sont normaux, le périnée offre de la résistance. Le segment inférieur n'est pas constitué. Le col, qui se trouve légèrement postérieur, est en voie d'effacement. La présentation du sommet est à deux travers de doigt du périnée.

L'arc antérieur du bassin est légèrement diminué.

21 h. Toucher. Le segment inférieur est encore incomplètement constitué. Le col, qui s'est effacé, est perméable à un doigt. Les membranes sont intactes. La présentation du sommet est

orientée dans le diamètre oblique gauche, en droite postérieure.

Le sommet, mal fléchi, est à 2 travers et demi de doigt du périnée.

Les bruits du cœur sont normaux.

15 décembre.

- 2 h. 30 Toucher. La dilatation est presque complète. La tête est en O. P. à un travers et demi de doigt du périnée. On procède à la rupture artificielle de la poche des eaux et il s'écoule un liquide clair peu abondant. Après la rupture de la poche des eaux, la tête se remet en D. P.

Les bruits du cœur sont normaux.

4 h. *Anesthésie épidurale.*

- 4 h. 30 Application de forceps Tarnier dans l'excavation, sur un sommet ayant partiellement effectué sa rotation. Prise en O.I.D.A.

Extraction d'un enfant du sexe masculin, vivant, du poids de 3.060 gr.

Quelques instants après l'extraction, la femme saigne légèrement. Son utérus, mou, ne réagit pas.

Posthypophyse : injection de 2 unités.

- 5 h. 30 Délivrance naturelle et complète ; le poids du placenta est de 500 gr.

On constate que l'orifice des membranes est agrandi par deux déchirures.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie chez une tuberculeuse pulmonaire. Bon assouplissement du périnée.

Constatons la légère hémorragie à la suite de l'extraction du fœtus, la mollesse de l'utérus qui ne réagit pas, nécessitant l'injection de 2 unités de posthypophyse.

OBSERVATION n° 13

M.^{lle} Jeanne. — 1 geste.

Sommet. Tuberculose pulmonaire. Application de forceps.

Elle a présenté des bronchites à 10 ans et de la congestion pulmonaire en 1938. Elle a été traitée pendant 18 mois dans un sanatorium. Depuis septembre 1940, elle est hospitalisée salle Villemin. Elle présente un hydro pneumothorax à gauche, et à droite, un pneumothorax que l'on insuffle et que l'on continuera à insuffler les 19, 21 et 26 décembre.

18 décembre 1940.

Palper. Hauteur de l'utérus, 33 cm.
Présentation du sommet en O. I. G. T. très mobile.
Moignon de l'épaule à 11 cm. au-dessus de la symphyse.
Bruits du cœur normaux.

Toucher. Vulve normale; vagin granuleux; le col est complet, le sommet haut et mobile. La partie haute du sacrum est accessible; diamètre promonto-sous-pubien de 11 cm.
Température : 37° — Pouls : 76 — T. A. 11 1/2 - 8 1/2.
Dans la journée, écoulement de liquide clair.

19 décembre.

17 h. Toucher. Col en voie d'effacement,
Au cours de la manœuvre, rupture des membranes qui persistent au niveau de l'orifice. Ecoulement de liquide amniotique clair assez abondant.
La présentation est en O. I. G. T., mal fléchie. La tête est en asynclitisme postérieur, toujours bien au-dessus du détroit supérieur.
Température : 37° — Pouls : 96.

20 décembre.

11 h. Toucher. Dilatation de 2 cm.
Présentation assez bien fléchie, en O. I. G. T., à la partie haute de l'excavation.
Les bruits du cœur deviennent rapides.
Température : 39° — Pouls : 120.
11 h. 10 Spasmalgine : injection hypodermique.
11 h. 50 Spasmalgine : 2° injection.

- 14 h. 30 Toucher. La dilatation est complète, le sommet en O.I.G.T. est à 3 travers de doigt du périnée.

Anesthésie épidurale.

- 14 h. 40 Application de forceps Tarnier en O. I. G. T. Descente et rotation.

Deuxième application de forceps en O. P.

Extraction d'un enfant du sexe masculin vivant, du poids de 3.060 gr.

Post-hypophyse : injection de 2 unités.

Solucamphre : une ampoule.

- 15 h. 40 Délivrance naturelle complète, du poids de 550 gr.

Suites de couches normales.

L'enfant, sur qui on a pratiqué la vaccination au B. C. G., est mort le 11^e jour.

Bonne anesthésie épidurale chez une tuberculeuse pulmonaire. Assouplissement net du périnée. Légère hémorragie, nécessitant 2 unités de post-hypophyse.

OBSERVATION n° 14

C..., 21 ans — 1 geste.

Sommet en O. S. Application de forceps.

7 février 1941.

- 23 h. 30 Palper. Hauteur de l'utérus : 32 cm. La présentation, en O. I. G. T. est mobile et les bruits du cœur sont normaux.

Toucher. La vulve et le vagin sont granuleux. Le segment inférieur est incomplètement constitué. Le col, qui possède encore son bourrelet, est perméable au doigt. La présentation du sommet est haute et mobile. Le promontoire et la partie supérieure du sacrum sont accessibles à bout de doigt. L'arc antérieur a son rayon diminué.

8 février.

- 3 h. 30 Toucher. La dilatation est de 5 cm. et les membranes sont rompues. La tête est orientée en gauche postérieure, elle est mal fléchie et se trouve à 2 travers 1/2 de doigt du périnée.

- 6 h. 30 Toucher. La dilatation est presque complète, le sommet en gauche postérieure, est bien fléchi, à un travers de doigt du périnée. Les bruits du cœur sont normaux.
- 9 h. 25 Température: 36°9.
- 10 h. Toucher. La dilatation est complète et la tête est en occipito sacrée. On constate un début de bosse séro-sanguine.
Les bruits du cœur ne se sont pas modifiés.
- 13 h. Toucher. La tête est toujours en O. S. et n'a pas progressé. On décide d'intervenir.
- Anesthésie épidurale.*
- 13 h. 20 Application de forceps Tarnier, rotation
Extraction d'un enfant du sexe féminin, vivant et criant, du poids de 2.450 grammes.
- 14 h. 20 Délivrance naturelle et complète; le placenta pèse 430 grammes. Une déchirure périnéale nécessite 3 points au crin de Florence.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie épidurale. Périnée nettement assoupli, qui cependant se laisse déchirer au cours d'une application de forceps sur un petit fœtus. Mais il faut noter que le dégagement s'effectue en O. S.

Pas d'action sur la rétraction utérine.

OBSERVATION n° 15

C..., 17 ans. — 1 geste.

Sommet en O. I. G. A. Suspicion de tuberculose pulmonaire.
Application de forceps.

Aurait présenté, à l'âge de 8 mois, une broncho-pneumonie bilatérale?

22 mai 1941.

9 h. 30 Palper. Hauteur de l'utérus: 30 cm. Présentation en O. I. G. A. fixée.

Le moignon de l'épaule est à 7 cm. de la symphyse.

Les bruits du cœur sont normaux.

Toucher. La vulve et le vagin sont normaux et la dilatation du col est presque complète.

On procède à la rupture artificielle de la poche des eaux. La tête est à un travers 1/2 de doigt du périnée.

9 h. 45 *Anesthésie épidurale.*

L'anesthésie est bonne et le périnée est souple.

10 h. 10 Application de forceps Tarnier en O. I. G. A., descente et rotation.

Deuxième prise en O. P.

Légère déchirure postérieure du périnée.

Extraction d'un enfant du sexe masculin, vivant et bien constitué, pesant 3.220 grammes.

11 h. 15 Extraction simple du délivre complet, venant par sa face fœtale et pesant 430 grammes.

On met un crin sur le périnée.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie épidurale rendant le périnée souple. Déchirure infime de celui-ci. Pas d'action sur la rétraction utérine.

OBSERVATION n° 16

L..., 25 ans — II geste.

Sommet. Rétrécissement mitral. Application de forceps.

Elle a été soignée pour un syndrome cardiaque et présente un souffle de rétrécissement mitral,

16 septembre 1941.

6 h. Palper. Hauteur de l'utérus : 33 cm. O. I. D. P. fixée.

Moignon de l'épaule à 8 cm. de la symphyse pubienne.

Bruits du cœur nets. Température 36°6.

Pouls : 88. — T. A. 12 1/2-7 1/2.

- 9 h. Toucher. Vulve et vagin normaux. Segment inférieur presque constitué. Col diminué de longueur, perméable à 2 doigts.
Poche des eaux intacte.
Présentation du sommet dans le diamètre oblique gauche à deux travers de doigt 1/2 du périnée.
- 11 h. 20 Toucher. Dilatation de 4 cm.; même toucher que précédemment.
- 14 h. 10 Toucher. Segment inférieur presque constitué. Dilatation de 7 cm.
Poche des eaux intacte. Présentation n'appuyant pas sur le segment inférieur.
Tête orientée dans le diamètre transverse et oblique gauche, mal fléchie.
T. A.: 13 1/2 - 7.
- 14 h. 40 *Anesthésie épidurale*, en égard à son syndrome cardiaque et pour préparer une application de forceps. L'injection est poussée assez rapidement et se fait très facilement.
- 15 h. La tête est toujours à deux travers de doigt du périnée, sollicitant mal le col dont la dilatation n'est que de 8 cm. On pratique la rupture artificielle de la poche des eaux.
- 15 h. 20 Depuis la rupture de la poche des eaux, la femme, en ces 20 minutes, n'a eu que trois faibles contractions.

Post-hypophyse : injection de 2 unités. Les contractions deviennent plus rapprochées (une toutes les deux minutes) et plus violentes. Efficaces, elles amènent en 30 minutes, la présentation à un travers de doigt du périnée.
- 15 h. 50 Application de forceps Tarnier sur un sommet en O. I. D. P.; descente et rotation puis 2^e prise sur un sommet en O. P.
- 16 h. Extraction d'un enfant du sexe féminin, vivant, du poids de 4.340 grammes.
- 16 h. 35 Extraction du placenta qui est à la vulve. Il se présente par sa face utérine, suivi de gros caillots. Les membranes et les cotylédons, au complet, pèsent 810 grammes.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie, mais diminution très nette du rythme des contractions et de leur amplitude ; elles seront rétablies par l'injection de 2 unités de post-hypophyse. Aucune déchirure au périnée malgré l'application de forceps sur un enfant de 4.000 grammes.

OBSERVATION n° 17

F..., 34 ans. — III geste.

Sommet en O. I. D. P. Tuberculose pulmonaire. Application de forceps.

17 septembre 1941.

15 h. 30 Pouls à 84. — T. A. 11-7 1/2.

15 h. 50 Palper La hauteur de l'utérus est de 38 cm.
La présentation est en O. I. D. P.
Les bruits du cœur sont nets.

Toucher. L'utérus est complètement antéversé.
La vulve et le vagin sont normaux.
Le segment inférieur est constitué.
Le col présente une dilatation de 9 cm.
C'est une présentation du sommet en O. I. D. P. avec une tête assez bien fléchie, à deux travers de doigt du périnée.
On procède à la rupture artificielle de la poche des eaux.

16 h. *Anesthésie épidurale.*

Les contractions, qui se succédaient toutes les deux ou trois minutes, deviennent moins fréquentes et ne se produisent plus que toutes les 4 ou 5 minutes.

16 h. 15 Post-Hypophyse : injection de deux unités.

Très vite les contractions s'installent à la cadence de une toutes les deux minutes, mais elles ne sont pas efficaces et le sommet ne descend pas.

16 h. 55 Application de forceps Tarnier dans l'excavation, sur un sommet en O. I. D. P. Descente et rotation faites en repoussant la lèvre antérieure

du col. Deuxième prise sur un sommet en O. P.

17 h. Extraction d'un fœtus du sexe féminin, pesant 3.060 grammes.

18 h. Extraction simple du délivre à membranes dissociées et à cotylédons complets, pesant 590 gr.

Suites de couches normales.

Bonne anesthésie, périnée bien assoupli. Espacement marqué des contractions à la suite de l'injection épidurale, et diminution de leur amplitude. Elles reprendront à la suite de l'injection de 2 unités de post-hypophyse.

OBSERVATION n° 18

G..., 27 ans — I geste.

Sommet Rétrecissement mitral. Légère hyposystolie.

Application de forceps.

17 septembre 1941.

Température rectale 37°4.

Pouls: 76.

T. A.: 12-7.

21 h. 10 Palper. La hauteur de l'utérus est de 34 cm.

La présentation se trouve en O. I. D. P. amorcée.

Le moignon de l'épaule est à 10 cm. du pubis.

Les bruits du cœur sont nets.

Toucher. La vulve et le vagin sont normaux.

Le segment inférieur n'est pas constitué.

Le col, très postérieur et à gauche, est diminué de longueur.

La poche des eaux n'est pas perceptible.

La tête est orientée dans le diamètre oblique gauche. On la sent à 3 travers de doigt du périnée.

Bassin: le promontoire est accessible, loin, à bout de doigt; on suit le sacrum dans son tiers supérieur.

18 septembre 1941.

- 3 h. 30 Toucher. La dilatation est de 3 cm.
La poche des eaux est intacte.
La tête, pas très bien fléchie, se trouve à 3 travers de doigt du périnée.
- 8 h. Toucher. La dilatation est de 7 cm.
La poche des eaux est intacte.
La présentation, bien fléchie, est à 2 travers et demi de doigt du périnée.
- 9 h. 10 Spasalgine. Injection hypodermique.
- 10 h. 30 Toucher. Même dilatation. La présentation est à un travers de doigt et demi du périnée.
- 12 h. Toucher. La dilatation est de 9 cm.
On procède à la rupture artificielle de la poche des eaux : liquide teinté.
La présentation se trouve à un travers de doigt du périnée.
Les bruits du cœur sont normaux.
On enregistre les contractions qui se sont espacées de 3 à 4 minutes et durent en moyenne 45 secondes.
- 12 h. 10 *Anesthésie épidurale.*
Les contractions s'espacent: trois en vingt minutes.
- 12 h. 30 Post-hypophyse : injection de 2 unités.
Coramine: injection d'une ampoule.
Les contractions se rapprochent et se succèdent à environ deux minutes d'intervalle.
- 13 h. 10 Application de forceps Tarnier dans l'excavation sur un sommet en O. I. D. P. Descente et rotation. Deuxième prise en O. P.
Extraction d'un enfant du sexe féminin, vivant, du poids de 3.400 grammes.
Légère déchirure du périnée.
- 13 h. 40 Extraction simple du délivre pesant 570 grammes, à membranes et cotylédons complets.
Deux points de suture au crin de Florence sur le périnée.

Bonnes suites de couches.

Bonne anesthésie du périnée, bien assoupli par l'injection

épidurale. Cependant, légère déchirure. Espacement marqué des contractions utérines, et diminution de leur amplitude. Elles reprennent après l'injection de 2 unités de post-hypophyse.

OBSERVATION n° 19

T., 22 ans — 1 geste.

Sommet. Application de forceps.

11 novembre 1941.

- 3 h. 30 Palper. Hauteur de l'utérus : 31 cm. O. I. D. P. mobile.
Bruits du cœur normaux.
Température: 37°1 — Pouls: 72 — T. A.: 11 1/2-7 1/2.
- 4 h. 15 Toucher. Vulve et vagin normaux. Le segment inférieur est presque constitué. Le col est effacé. La poche des eaux est intacte.
Présentation du sommet mal fléchi, en droite postérieure, dans le diamètre oblique gauche, à 2 travers 1/2 de doigt du périnée.
- 10 h. Toucher. Semblable au précédent. Les contractions qui sont rapprochées sont peu efficaces. On est en présence d'un utérus cylindrique hypertonique.
- 10 h. 30 Spasmalgine : Injection d'une ampoule.
- 11 h. 30 Spasmalgine : Deuxième injection ; les contractions se calment.
- 15 h. Reprise des contractions utérines.
- 15 h. 30 Toucher. Dilatation du col de 7 cm. Poche des eaux intacte. La tête est mal fléchie en droite postérieure dans le diamètre oblique gauche, à deux travers et demi de doigt du périnée.
- 17 h. 45 Semblable au précédent. On pratique la rupture artificielle de la poche des eaux qui donne issue à un liquide clair un peu plus abondant qu'en général. Les contractions sont régulières mais le travail ne progresse pas.

- 19 h. 15 Toucher. Dilatation du col de 9 cm. Le bourrelet du col est œdématisé à gauche. La tête, toujours mal fléchie, appuie bien sur le col au moment des contractions ; elle est toujours à deux travers de doigt du périnée.
Bruits du cœur normaux.
- 19 h. 30 Spasmalgine: Troisième injection.
- 22 h. Toucher. Semblable au précédent. On décide d'intervenir.
- 22 h. 10 *Anesthésie épidurale* : ne modifie en rien le travail ; les contractions durent environ pendant dix secondes, continuant à se produire toutes les deux ou trois minutes.
- 22 h. 40 Application de forceps Tarnier sur un sommet en O. I. D. P., dans le haut de l'excavation. Descente et rotation.
- 22 h. 45 Extraction simple d'un enfant du sexe féminin, vivant et criant, du poids de 3.220 grammes.
Rupture superficielle du périnée.
Post-hypophyse : Injection I. M. de 2 unités.
- 23 h. 45 Extraction difficile du délivre avec membranes découronnées, du poids de 570 grammes.
Les membranes étant déchiquetées, on procède à une vérification de la cavité et on ramène quelques petits fragments. Deux points au crin de Florence sur le périnée.
Solucamphre: Injection de une ampoule.
Bonne anesthésie, ayant bien assoupli le périnée. N'a modifié en rien les contractions utérines.

RESULTATS

A la lumière des observations qui précèdent, il nous semble que la valeur de l'anesthésie épidurale sacro-coccygienne est très grande, tout au moins dans certaines conjonctures.

Ses effets, qui se font sentir en moyenne entre dix et trente minutes après l'injection, ont une durée d'environ deux heures.

Ils sont de deux ordres, se traduisant par :

1° *une action constante* sur l'anus, la vulve et le périnée, le releveur de l'anus et le vagin. Elle se manifeste par leur anesthésie, leur relâchement et la diminution de leur tonicité.

2° *une action moins constante*, portant sur la partie haute du vagin; anesthésiant souvent le col, et, semble-t-il, jamais le corps de l'utérus.

Action sur la contraction utérine.

Cette action semble, dans certains cas, assez marquée, puisque, souvent, comme c'est le cas dans les observations n° 1, 2, 10, 16, 17 et 18, après injection épidurale, on constate que l'*amplitude* de ces contractions

est très diminuée. Seule, l'observation n° 10 nous montre, sans adjuvant, celles-ci reprenant une amplitude presque normale.

L'anesthésie épidurale a aussi une influence sur leur *rythme*. Celui-ci est moins fréquent, ce que nous montre l'examen des observations n° 1, 10, 16 et 18.

Au cours d'une observation, n° 2, les contractions cessent presque complètement.

Mais il faut se hâter d'ajouter que, dans les observations n° 4, 5, 7, 11, 14, 15 et 19, l'anesthésie épidurale a été sans effet sur elles.

Dans ce même paragraphe ayant trait à la contraction utérine, on peut faire entrer les effets de l'anesthésie épidurale sur la rétraction et son corollaire, l'absence d'hémorragie. Or, à la suite de l'injection épidurale, on constate dans les observations n° 3, 6, 8, 10 et 12 qu'il y a eu un défaut de rétraction de l'utérus ayant entraîné des hémorragies plus ou moins considérables.

Action sur le périnée

Son action sur le périnée, la plus intéressante, et sur les parties molles est très nette. En anesthésiant le périnée, l'épidurale en supprime la sensibilité et par là même, souvent le réflexe de pousser. On obtient ainsi une distension facile de la filière vulvo-vaginale, peut-être aussi une certaine dilatation du col, bien que l'observation n° 7 vienne infirmer cette vue. Mais on peut dire que si, avec l'application de forceps, il y a, malgré l'épidurale, déchirure légère (obs. n° 2, 14, 15, 18 et 19), sans cette anesthésie il y aurait eu probablement éclatement de celui-ci, ou tout au moins déchirure profonde.

En tout cas, grâce à l'anesthésie épidurale, il est facile de poser des crins pour fermer une brèche, l'anesthésie étant déjà obtenue.

Et, fait à noter, aucune anesthésie, sauf la rachianesthésie, n'agit d'une façon aussi directe sur les muscles périnéaux que l'anesthésie épidurale. Cette dernière est donc indiquée chaque fois qu'il s'agit de supprimer un obstacle venant du périnée.

Séquelles

L'anesthésie épidurale sacro-coccygienne a le gros avantage, tout au moins à notre connaissance, de ne pas laisser de séquelles.

Echecs

Dans une seule observation, n° 9, nous pouvons constater que l'anesthésie épidurale n'a pas rendu ce qu'on était en droit d'attendre d'elle.

Insuffisante, on a été obligé de la compléter par une légère anesthésie générale à l'éther.

INDICATIONS

Dans le siège décomplété chez la primipare.

C'est une des indications principales de l'anesthésie épidurale, car on connaît les difficultés de l'évolution mécanique de cette présentation.

On aura devant soi tout le temps nécessaire, pendant que le siège progresse, assez mal d'ailleurs en général, ou bien même avant la dilatation complète du col, pour pratiquer l'injection épidurale. L'anesthésie pourra devenir effective pendant la descente de la présentation. Et elle offrira le grand avantage, lorsqu'il ne restera plus que la tête dernière à extraire, de permettre de pratiquer sur elle avec facilité, la manœuvre de Mauriceau.

L'anesthésie, en effet, aura pu assouplir les parties molles. En tout cas elle facilitera la pénétration de la main et celle des doigts qui vont à la recherche de la bouche fœtale.

Ensuite, elle permettra d'extraire cette tête dernière à travers une filière vulvo-vaginale assouplie et se laissant facilement distendre.

Dans les cas où la rachi-anesthésie est contre-indiquée, chez les cardiaques et les pulmonaires.

Voilà encore deux affectations majeures de l'anesthésie épidurale.

Que faut-il, en effet, épargner à des parturientes atteintes de lésions concernant ces organes ? La longueur de l'accouchement, les douleurs du travail, et, pour les unes, la fatigue du muscle cardiaque, pour les autres, celle de l'appareil pulmonaire.

Chez ces malades, pour qui l'anesthésie générale et même la rachi-anesthésie sont souvent contre-indiquées, l'anesthésie épidurale rend de signalés services.

Contre indication

Il n'y en a qu'une, à notre avis, et c'est plutôt un défaut qu'une contre-indication. Elle réside dans la lenteur que met l'anesthésie à s'installer. C'est pourquoi on ne pourra jamais employer l'anesthésie épidurale lorsqu'il y aura extrême urgence, en particulier en cas de souffrance fœtale.

Vu et approuvé :
Le Président du Jury,
E. VAYSSIÈRE.

Vu et approuvé :
Le Doyen,
L. CORNIL.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur,
MARTINO.

CONCLUSIONS

L'anesthésie épidurale sacro-coccygienne nous semble un moyen remarquable d'anesthésie, utile, facile et peu dangereux. Elle ne tend pas à supplanter les autres modes d'anesthésie, mais elle vient se ranger à côté d'eux et, lorsque besoin est, elle supplée à leur contre-indication.

L'anesthésie épidurale sacro-coccygienne paraît préférable aux autres modes d'anesthésie :

— Dans les cas où on a besoin d'obtenir un relâchement des parties molles et du périnée, plus particulièrement dans la présentation du siège chez les primipares.

— Dans les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée, plus particulièrement chez les pulmonaires et chez les cardiaques.

— Elle peut parfois se substituer à la rachi-anesthésie, dont elle présente certains avantages avec moins de risques.

Cependant, l'anesthésie épidurale sacro-coccygienne n'est pas absolument exempte de critiques.

— On a pu constater une diminution dans le rythme et l'intensité des contractions utérines. Pour nous, cet inconvénient est minime puisque, dans le cas où une application de forceps ne serait pas indiquée, on pourrait y pallier par une injection d'Hypophyse.

Bibliographie Sommaire

- KERVILY. — *Sur l'anesthésie par injection épidurale dans les accouchements.* — Presse Médicale, 25 septembre 1912.
- BERNARDBEIG. — *Anesthésie épidurale par la voie du canal sacré.* — Thèse de Toulouse. 1923, n° 48.
- GROBERT. — *Contribution à l'étude de l'anesthésie épidurale.* — Thèse de Lyon. 1924.
- DALEAS et GALY-GASPARROU. — *Anesthésie épidurale en obstétrique.* — Gynécologie et Obstétrique. Juillet 1928. Tome II, p. 37.
- HENRY et JAUR. — *De l'anesthésie épidurale en obstétrique.* — Gynécologie et Obstétrique. 1929. Tome XLX, p. 19.
- MOLINENGO. — *Premières expériences d'anesthésie épidurale segmentaire en gynécologie.* — Gynécologie et Obstétrique. Septembre 1932, p. 256.
- GARCIA CANIZARES. — *L'anesthésie épidurale en obstétrique.* — Thèse de Paris. 1935, n° 393.
- BERNASCONI et CIAUDO. — *Analgesie obstétricale.* — Monaco, Méditerranée Médical. Janvier 1938.
- DELALANDE. — *D'une méthode d'anesthésie et d'accélération de l'accouchement normal.* — Thèse de Bordeaux. 1938.
- CHAUVEAU. — *Technique, indication et résultat de la sacro-anesthésie épidurale en obstétrique, par la novocaïne additionnée de phlalamate d'éthyle.* — Concours Médical du 25 septembre 1938.
- NIZZA. — *Analgesia e anestesia ostetrica.* — Gazzeta medica italiana. Novembre 1938.
- REY. — *L'anesthésie épidurale en obstétrique.* — Thèse de Paris. 1939, n° 320.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et le jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

